1910

STANFORD UNIVERSITY LIBRARY NOV 5 1912

# Doppelmissbildung der Gebärmutter und Haematometra.

---

## Inaugural-Dissertation

zur

## Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät der
K. B. Friedrich-Alexanders-Universität, Erlangen

vorgelegt von

Robert Wessing

aus Dülmen i. Westf.

---

Tag der mündlichen Prüfung: 14. Dezember 1910.

**Dülmen 1911.**
Jos. Sievert, Buchdruckerei.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät.

Referent: Herr Prof. Dr. **Seitz.**

Dekan: Herr Prof. Dr. **Denker.**

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154019_0092

Unter den verschiedenen Mißbildungen, mit denen der ausgetragene menschliche Foetus geboren werden kann, giebt es solche, die sogleich nach der Geburt erkannt werden. Manche aber bleiben das ganze Leben hindurch unerkannt, es sei denn, daß noch weitere pathologische Veränderungen hinzutreten. Zu diesen letzteren gehören auch die Mißbildungen des weiblichen Genitalapparates, welche meistens erst infolge irgendwelcher Beschwerden in die Hand des Arztes gelangen, und deren Diagnose auch dann noch nicht immer sogleich gegeben ist. Noch manches auf diesem Gebiete harrt der Erklärung.

Jeder, der sich mit der Frage der Mißbildungen der weiblichen Genitalien beschäftigt, wird zunächst das klassische Werk von Adolf Kußmaul „Von dem Mangel, der Verdoppelung und der Verkümmerung der Gebärmutter, von der Nachempfängniß und der Überwanderung des Eies“ zu Rate ziehen. Eine im Jahre 1857 gemachte Sektion, die eine geborstene Eileiterschwangerschaft als Todesursache ergab, veranlaßte Kußmaul, genauere Studien über Eileiterschwangerschaften zu machen. Dabei stellte er fest, daß manche als Eileiterschwangerschaft diagnostizierte Gravidität nichts anders als eine Gravidität in einem verkümmerten Uterus-Nebenhorne gewesen war. So kam er zur weiteren Forschung über Uterus Mißbildungen, und den Erfolg legte er in dem auch heute noch wertvollen Werke nieder. Es ist wohl mit

Sicherheit anzunehmen, daß Kußmaul dadurch die Aufmerksamkeit für Uterus-Mißbildungen geweckt hat, wenngleich auch die übrigen Fortschritte der Medizin, besonders die der Chirurgie dazu beitrugen, daß seitdem die Literatur über die verschiedenen Genital-Mißbildungen sehr stark gewachsen ist. Im Jahre 1899, nach einem Zeitraum von 40 Jahren, konnte E. Kehrer in seiner Dissertation 82 Fälle von Gravidität und 12 Fälle von Haematometra im Nebenhorne des doppelten Uterus beschreiben einchließlich der von Kußmaul beschriebenen 12 Fälle. Über die Literatur der nunmehr weiteren 10 Jahre werden im Folgenden noch einige genauere Angaben sich finden, wobei aber nur die Haematometra im Nebenhorn in Betracht gezogen ist.

Bevor jedoch die 3 Fälle von doppelter Gebärmutter, von denen 2 in einem Horne eine Haematometra haben, folgen, sei ganz kurz auf die Entwicklungsgeschichte der weiblichen Genitalien eingegangen. Während beim männlichen Geschlechte der Wolffsche Körper, die Urniere, als Nebenhoden und der Wolffsche Gang, der Urnierengang, als vas deferens noch eine wichtige Function für das extrauterine Leben haben, verlieren sie beim Weibe ihre besondere Bedeutung als Parovarium. Dagegen haben die Müllerschen Gänge beim weiblichen Geschlechte eine weit höhere Bedeutung als beim Manne. Die Müllerschen Gänge bilden sich parallel den Wolffschen Gängen. Anfangs lineare Furchen bildend, senken sich die Müllerschen Gänge immer tiefer in das Keimepithel ein, um schließlich zwei Schläuche zu bilden, deren obere Enden sich frei in die Bauchhöhle öffnen, während die unteren Enden am Ende des 2. Monats miteinander verschmelzen und einen einzigen Schlauch bilden. Die oberen Öffnungen franzen sich zu den Fimbrien aus. Die untere Verschmelzung läßt Uterus und Vagina entstehen. Von der früheren Einmündung

der Müllerschen Gänge in die Blase etc. sei hier abgesehen, da hier nur die Verschmelzung der beiden Gänge von Interesse ist. Tritt nämlich die Verschmelzung nicht oder nur teilweise ein, so erhalten wir jene Mißbildungen des Uterus, die auf Entwicklungshemmung beruhen, den doppelten Uterus und die oft damit verbundene doppelte vagina; letztere kann aber auch allein vorhanden sein. Bei doppelter Gebärmutter unterscheidet man noch verschiedene Formen;

1. Uterus didelphys oder duplex separatus Vagina duplex separata. Vollkommen getrennte doppelte Uteri mit zwei vollkommen getrennten Scheiden.

2. Uterus pseudo-didelphys, auch einfach als didelphys bezeichnet. Die beiden Hörner sind durch ein sogen. lig. intercervicale verbunden.

3. Uterus bicornis duplex, auch als bifidus, bipartitus, bicornis septus, bicornis bicollis oder einfach als duplex bezeichnet. Die einander zugewandten Cervixwandungen sind miteinander verwachsen. Die Scheide ist oft auch geteilt.

4. Uterus bicornis septus. Die Uterus und Cervixwandungen sind miteinander verwachsen, aber ganz erhalten.

5. Uterus septus bilocularis. Die beiden Hörner treten äußerlich nicht mehr hervor, im übrigen wie unter 4.

6. Uterus subseptus uniforis. Die Zwischenwand der beiden Höhlen ist im Os externum verschwunden.

7. Uterus bicornis unicollis cum cornu rudimentario. Neben dem normalen einseitigen Uterushorn ein kleineres Nebenhorn, dessen Cervix stenosiert oder atretisch ist.

Es giebt noch ebensoviel weitere Variationen der Hemmungsbildung, jedoch ist bei diesen das

Cavum der einen Seite mit dem der anderen Seite mehr oder weniger gut in Kommunikation, wenngleich auch bei Uterus infraseptus biforis, Uterus bicornis subseptus unicollis und Uterus subseptus unicollis eine deutliche Abgrenzung der Höhlen vorhanden ist.

Der erste Fall von den 3 wiederzugebenden ist ein Uterus septus bilocularis. Es bestehen also nur noch zwei bis zur einfachen vagina getrennte Uterushöhlen, während äußerlich von der Verdoppelung nichts Besonderes mehr zu sehen ist. Die Entwickelung ist also nach voller Verwachsung der unteren Teile der Müllerschen Gänge und nach Verschwinden dieser Verwachsung im unteren Teil der vagina, stehen geblieben.

Es handelt sich um eine 60jährige Witwe K. K., die am 11. 11. 1908 in die Erlanger Frauenklinik aufgenommen wurde.

Anamnese: Der Vater starb an Magenleiden, die Mutter an Altersschwäche, 4 Geschwister sind tot, desgl. der Mann, der an Kehlkopfleiden starb, 1 Kind starb an Diphterie, 2 Kinder gesund. Pat. war vor 20 Jahren halsleidend, sonst immer gesund.

Menstruation, begonnen mit 18 Jahren, immer regelmäßig, mäßig stark, 4—5 Tage dauernd. Letzte Regel mit 48 Jahren. 3 spontane Entbindungen, die letzte vor 23 Jahren. 1 Frühgeburt im 7. Monat, 1 Abort 6. Monat vor 29 Jahren.

Jetzige Beschwerden. Pat. hatte vor 26 Jahren nach einer Geburt Gebärmuttervorfall, der auf einige Jahre wieder verschwand. Vor ca. 15 Jahren nach Heben einer schweren Last kam er wieder und machte der Pat. große Beschwerden beim Arbeiten und Gehen. Zeitweise trug sie Pessar. Jetzt schickt sie der behandelnde Arzt in die Klinik zur Operation.

Allgemeinstatus. Kleine Frau, in ziemlich schlechtem Kräftezustand mit Alterskyphoskoliose.

Lungengrenzen normal, verschieblich. Kein Schallunterschied. Atemgeräusch normal. Herzspitzenstoß V. J. K. Grenzen nicht verbreitert. Systol. Geräusch a. d. Spitze; 2. Ton a. d. Spitze klappend. Aktion regelmäßig.

Abdomen in den unteren Partien etwas vorgewölbt. Nirgends besondere Schmerzempfindlichkeit auf Druck. Urin ohne Eiweiß, ohne Zucker.

Gynaekologischer Status: Vulva klafft weit, in ihr ein faustgroßer, ovaler Tumor sichtbar, der aus der teilweise prolabierten vorderen und vollkommen prolabierten hinteren Vaginalwand besteht. Die Columna rugarum zieht in der Mitte der hinteren Scheidenwand kammartig gegen die Portio zu. Die Portio bildet die Kuppe des Tumors ohne über diesen hervorzuragen. Auf der Portio 2 nebeneinanderliegende Öffnungen, die rechte größere halbmondförmig senkrecht, die linke quergestellt. Mit der Sonde dringt man beiderseits 4—5 cm senkrecht nach abwärts ein. Mit zwei Sonden gelingt es nicht, die Sondenknöpfe miteinander in Berührung zu bringen. In der hinteren Aussackung des Tumors fühlt man das Corpus Uteri, das im Fundus aus zwei miteinander verwachsenen, wallnußgroßen Hörnern besteht. Mit der vorderen Vaginalwand ist die Blase, mit der hinteren das Rectum vorgefallen. Die Patientin wurde sehr häufig sondiert (Aufnahme Vorstellung, Photographie). Es wird daher angenommen, daß die Temperatursteigerung bis 39° infolge einer durch die Sondierung bedingten Infection des Endometriums eingetreten ist und die Operation abends noch vorgenommen am 15. 11. 08.

Operationsprotokoll: In Lumbalanaesthesie Excision eines großen Ovalärs. Beim Abschieben der Blase zeigt sich eine deutliche Verdichtung des Septum vesico-vaginale in der Mittellinie. Die Eröffnung des Peritoneums gelingt leicht; der Uterus wird hervor-

gewälzt und es zeigt sich, daß er 2 deutlich ca. wallnußgroße Hörner besitzt. Das Peritoneum, Tuben und Ovarien zeigen keine entzündlichen Veränderungen. Der Uterus wird unter Mitnahme der Ovarien entfernt, wobei es aus dem Septum rectovaginale stärker blutet. Die Stümpfe werden sofort an die Scheide vernäht und die Bauchhöhle durch Verknüpfen der gegenüberliegenden Stümpfe geschloßen. Hintere Plastik nach Hegar.

16. 11. Urin spontan, Herztätigkeit zuweilen etwas unregelmäßig, alle 6—8 Schläge 1mal aussetzend. Ordin. 1 ccm Digalen. Höchsttemperatur 38,3, Puls 112.

20. 11. Pat. sitzt auf; abends stets geringe Temperatursteigerung, doch kein Befund.

24. 11. Nähte entfernt. Damm etc. geheilt, fest fleischig.

28. 11. Pat. auf, fühlt sich wohl, soll zur Erholung noch einige Zeit bleiben.

3. 12. Urin leicht getrübt. Wildung. Wasser, Beschwerden beim Wasserlassen.

7. 12. Entlassen. Vaginal-Stumpf gut verheilt. Damm hoch fest. Pat. beschwerdefrei. Ordin. Sitzbäder.

An dem in Alkohol gehärteten Praeparat ist das linke Horn im Cavum 6 cm lang bei einer Wandstärke von 1,2 cm; das rechte Horn ist etwas größer und hat bei einer Höhlenlänge von 6,5 cm dickere Wandungen wie das linke. Die Adnexe entsprechen der Menopause. Daß es sich um einen zweihörnigen Uterus handelt ist äußerlich zwar deutlich zu sehen; trotzdem aber ist er wohl nicht als Uterus bicornis septus zu bezeichnen, da die Abgrenzung wohl in der Hauptsache in der Vergrößerung des rechten Hornes beruht und nicht in einer weniger vollendeten Verwachsung der Mittelwand. Aus der Vergrößerung des rechten Hornes läßt sich des weiteren wohl der

Schluß ziehen, daß dieses Horn jedenfalls mehr unter dem Einflusse der Gravidität gestanden hat. Es ist nicht auszuschließen, daß auch das linke Horn gravide gewesen ist, sei es auch nur der Abort im 6. Monat vor 29 Jahren.

Es handelt sich hier also um eine Mißbildung der Genitalien, die als solche keinerlei Beschwerden verursacht hat; es haben sich jedenfalls nur solche pathologische Bilder gezeigt, die auch bei ganz normal gebildeten Genitalien durchaus nichts Seltenes bedeuten. In der Literatur finden sich einige Fälle, wo eine Doppelbildung der Gebärmutter wegen Vorfall zur Diagnose und Operation kamen wie z. B. der Fall von Knotz, Wiener klin. Wochenschrift Nr. 9 1909. Auch M. Kriegshaber beschreibt in ihrer Arbeit einen Uterus bicornis unicollis, der wegen prolapsus vaginae fixiert werden mußte.

Ebenso wie diese Fälle nur infolge von nicht als spezifisch zu bezeichnenden Beschwerden bekannt geworden sind, werden manche Doppelmißbildungen niemals erkannt und man kann daher wohl behaupten, daß die Mißbildungen in Wirklichkeit nicht einmal so selten sind, wie es trotz der reichen Literatur den Anschein hat.

Ein anderer pathologischer Zustand, der den Patientinnen meistens recht heftige Schmerzen macht und bei doppeltem Uterus nicht so selten beobachtet wird, ist die Bildung einer Haematometra in einem Horn bei stenosierter oder atretischer Cervix. In verhältnißmäßiger kurzer Zeit kamen in der Erlanger Frauenklinik 2 solcher Fälle zur Operation.

1. B. M. aus E., 31 Jahre alt, ledig, wurde am 7. 3. 1910 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Gesunde Eltern und Geschwister. Mit 14 Jahren machte Patientin einen Typhus durch. 1. Mens. mit 17 Jahren, anfangs unregelmäßig, später

immer früher als 4 Wochen, meist 8 Tage dauernd, schmerzlos. Letzte Regel 2.—5. 3. Kein partus. Jetzige Beschwerden sind: Seit 6—7 Jahren stechendes, brennendes Gefühl in der rechten Seite. Seit 1 Jahr etwas unregelmäßige Menses von längerer Dauer und mit größerem Blutverlust wie zuvor. Vor 3 Wochen stellte der untersuchende Arzt eine Geschwulst fest und riet Pat. zur Operation. Stuhlgang und Wasserlassen ohne Beschwerden. Appetit gut.

Allgemein-Status: Untersetzte, kräftige Patientin von gesundem Aussehen und gutem Ernährungszustand. Lungen und Herz ohne Befund. Urin klar, ohne Eiweis, ohne Zucker. Nervensystem intakt. Abdomen weich, mäßig fettreiche, kräftige Bauchdecken. Leber und Milz nicht vergrößert. Nirgends Druckempfindlichkeit festzustellen.

Genitalbefund: Vulva geschlossen, Introitus einer multipara. Eine portio ist nicht vorhanden. Der Muttermund ist grübchenförmig. Rechts neben demselben fühlt man eine prall elastische Resistenz, die einem Tumor angehört, welcher in der rechten Beckenseite liegt. Derselbe ist etwa faustgroß, ziemlich wenig beweglich und von dem nach links verlagerten, nach rückwärts verlegten Uterus deutlich abzugrenzen. Das linke Ovarium ist deutlich, nicht vergrößert zu fühlen.

Diagnose: Kystoma ovarii (Dermoid).

Operationsprotokoll vom 9. 3. 10. In Lumbalanaesthesie wird die Bauchhöhle eröffnet durch Längsschnitt in der Mittellinie. Es praesentierten sich die normalen Adnexe, ein kleiner ungefähr wallnußgroßer Uteruskörper und rechts neben ihm ein kleiner, durch Stiel verbundener, faustgroßer, zum Teil intraligamentär entwickelter Tumor, an dessen Kante die Tube und das Ovarium sich befindet. Am Fimbrienende der Tube befindet sich ein pflaumengroßer, rundlicher Tumor, der mit einem Netzstrang verwachsen ist. Lösung des

Netzstranges. Unterbindung des Lig. infundibulo-pelvicum und rotundum auf der rechten Seite. Ausschälen des Tumors. Aufsuchen des Ureters ohne Erfolg. Die Palpation des Abdomens ergiebt, daß die rechte Niere fehlt. Die linke Niere befindet sich in normaler Größe an normaler Stelle. Es wird der rechte Uterustumor teils stumpf, teils mit der Schere aus seiner Umgebung gelöst und hierauf der Versuch gemacht, ihn von dem linken kleinen Uterus zu trennen. Hierauf ergiebt sich jedoch, daß dieser kleine rudimentäre Uterus keinen Ausgang in die Scheide besitzt, er wird deshalb mitentfernt. Bei der Auslösung wird der Tumor angeschnitten und es entleert sich eine geringe, schokoladebraune, nicht übel riechende Flüssigkeit. Absetzen des Uterus direkt in der Scheide, hierauf Blutstillung und Durchspülung des Abdomens mit Kochsalzlösung. Tamponade der Bauchhöhle wird zur Scheide herausgeleitet. Schluß des Peritoneums, Schluß der Bauchhöhle in der üblichen Weise. Die rechten Adnexe werden zurückgelassen. Der größere rechte Uterus besitzt keine Öffnung nach der Scheide, wohl aber der linke Uterus. Im Uterus-Inhalt wurden keine Keime gefunden.

10. 3. Patientin läßt Urin, Leib weich, Einlauf wirkt gut.

11. 3. Temperatur 38°. Stuhl auf Einlauf. Puls 80.

12. 3. Klammernaht entfernt, Wunde gut geheilt.

16. 3. Patientin fühlt sich wohl, alles in Ordnung.

18. 3. Patientin steht auf.

24. 3. Die Cystoskopie ergiebt, daß die linke Ureteröffnung erweitert ist, die recht nicht zu finden ist (auch nicht mit Injektion von Indigokarmin).

30. 3. Nach glattem Wundverlauf Patientin entlassen; gut verheilt, kein Exsudat, kein Infiltrat des Stumpfes.

Genauere Beschreibung des in Alkohol gehärteten Praeparates. Den Hauptteil des Praeparates macht die Haematometra aus; sie ist 10 cm lang und hat 4,5 cm Durchmesser. In der Mitte ist sie etwas eingeschnürt; der Fundusteil ist etwas seitlich abgebogen. Die Wandstärke beträgt 1,5—2 cm. Der linke Uteruskörper bietet außer dem im Operationsprotokoll erwähnten nichts Besonderes. Nach langem Untersuchen des der Vagina zugelegenen Teiles der Haematometra gelang es endlich, mit einer dünnen Sonde von der Scheide aus in einen Kanal etwa 1 cm einzudringen. Da aber bei leichtem Druck die Sonde nicht weiter zu führen war, wurde auf die Sonde eingeschnitten, und es war nun möglich, nach einer scharfen Abknickung, die das weitere Vordringen der Sonde zuvor verhindert hatte, die Sonde weiter einzuführen und mit leichtem Druck in das Cavum der Haematometra zu gelangen. Dabei wich ein Schleimpfropf mit etwas Blut in das Cavum aus. Aus dem so gefundenen Kanal wurden 3 Stücke zur mikroscopischen Untersuchung herausgeschnitten. In die Tuben ließ sich keine Sonde einführen; zur mikroskopischen Untersuchung wurden 2 Stücke aus der Tube entnommen. Außerdem gelangte noch ein Schnitt aus der Wand des Cavums und ein Stück aus der Wand der Haematocele am Tubenende zur genaueren Untersuchung.

Vaginales Ende der Cervix: Epithel zersprengt. Cylinderepithel, an einzelnen Stellen mehr flaches kubisches Epithel. Die ganze Wand durch chronische Entzündung anscheinend fibrös verdickt, am stärksten ausgesprochen unterhalb des Epithels.

Mitte der Cervix: Dasselbe Bild wie zuvor.

Uterines Ende der Cervix: Abgerissene Epitheleinseln. Hohes Cylinderepithel. Entzündungsbild nicht mehr so stark ausgesprochen wie am vaginalen Ende.

Cavum der Haematometra: Cylinderepithel, Schichten unter dem Epithel stark entzündlich verändert, in der Muskulatur einzelne Entzündungsherde, hauptsächlich in der Nähe der Gefäße.

Uterines Ende der Tube: kein Lumen zu finden; die ganze Tubenwand entzündlich durchsetzt.

Abdominales Tubenende: Es zeigen sich dieselben Veränderungen.

Die Wand der Haematocele: Bindegewebe, zum Teil hyalin entartet, spärliche Gefäße.

Der zweite Fall von Haematometra kam am 10. 5. 1910 in die Klinik. B. M. aus M. 20 Jahre alt, ledig.

Anamnese: Eltern und Geschwister ohne Besonderheiten. Patientin war noch nie krank. Keine Geburt noch Frühgeburt. Seit Ostern 1910 (27. 3.) hat die Patientin Schmerzen in der linken Bauchseite. Wasserlassen und Stuhlgang ohne Beschwerden. Die Regel mit 17 Jahren immer regelmäßig eingetreten. Letzte Regel Anfang Mai.

Status praesens: Pupillenreaktion normal, Cornealreflex schwach, Patellarreflex herabgesetzt. Herzgrenzen normal, Töne rein. In der rechten Fossa supraclaviculoris und infraclaricularis bis zur 2. Rippe deutlich Schallverkürzung. Rechts hinten oben verschärftes Exspirium.

Brüste gut entwickelt.

Leib etwas gespannt; keine besondere Druckempfindlichkeit. Bei Palpation fühlt man einen fast bis Nabelhöhe reichenden Tumor von fester Konsistenz. Vulva geschlossen, Scheideneingang eng, dgl. die Vagina.

Uterus: Portio vaginalis kurz; uterus anteflectiert, anscheinend mit einem ca. gut mannesfaustgroßen derben, glatten Tumor. Im Douglas sind Knollen zu fühlen. Ovarien sind wegen der Spannung der Bauchdecken nicht zu tasten. Diagnose: Sarkom?

Operationsprotokoll 12. 5. 10. Allgemeinnarkose. Bei der Jugend der Patientin, bei Vorhandensein einer regelmäßigen Menstruation und bei Fehlen jeglicher Schmerzen bei der Periode mußte man annehmen, der dem Uterus angehörende Tumor sei wahrscheinlich ein Sarkom. Nach Eröffnung des Peritoneums nach Pfaunenstiel'schem Fascienquerschnitt ergab sich folgendes: Hoch bis zwei Finger unterhalb des Nabels reichend ein Tumor zu fühlen, dessen oberer Teil cystische Beschaffenheit hatte, dessen unterer Teil sich dagegen solide, aber auch auffallend prall anfühlt. Es wurde durch Punction zunächst der schokoladenfarbene Inhalt der Cysts entleert und nach dem Zusammenfallen der Cyste konnte man feststellen, daß es die erweiterte Tube war (Haematosalpinx). Es zeigte sich weiter, daß der darunter gelegene Tumor das linke Horn eines doppelten Uterus war, beträchtlich erweitert und mit einer zähen Masse gefüllt, offenbar altes und zurückgehaltenes Blut von der Menstruation. Rechts war ein Horn von der Größe eines kleinen Hühnereies, solide, davon ausgehend die Tube und das intakte Ovarium. Das linke Ovarium konnte nicht entdeckt werden. Es war offenbar in Schwarten vollständig eingebettet. Die Haematosalpinx sowohl als die Haematometra zeigten allseitige Verwachsungen mit den Därmen und dem Beckenperitoneum. Es wurde die Haematometra exstirpiert und zunächst versucht, das rechte Horn zu erhalten. Da dieses aber nicht möglich war, wurde auch dieses entfernt und nur das rechte Ovarium zurückgelassen. Die vordere Scheidenwand wurde an das Blasenperitoneum, die hintere Scheidenwand mit dem Douglasperitoneum vereinigt und durch die Scheide hinausgeleitet. Hierauf wird das Peritoneum darüber allseitig vernäht und noch die Deckung durch den Mastdarm vorgenommen.

15. 5. Patientin hat keine Beschwerden.
21. 5. Patientin steht auf.
25. 5. Patientin ohne Beschwerden.
30. 5. Patientin befindet sich wohl.
1. 6. Patientin entlassen. Bauchwunde gut vernarbt. Die innere Untersuchung ergiebt einen gut verheilten Scheidenstumpf, nirgends Druckempfindlichkeit.

Beschreibung des in Alkohol gehärteten Praeparates: Es ist nicht unbedingt zu sagen, ob das Praeparat einen Uterus bicornis duplex oder bicollis darstellt oder einen Uterus bicornis unicollis, da durch den Versuch der Abtrennung das Bild zu sehr zerstört wurde, zumal eben eine Atresie keine Cervix auffinden läßt, die dahin zur Aufklärung helfen könnte. Das linke Horn, die Haematometra ist 11,5 cm lang, hat im oberen Teil 4 cm, im unteren 4,5 cm quer und 3,5 cm in der Tiefe Durchmesser. Die Mitte des Hornes ist wie bei dem vorigen Falle etwas eingeschnürt. Die Wandstärke beträgt im Fundusteile 1,5 cm, im vaginalen Ende 1,0—0,5 cm. Die scheinbare Cervix geht etwas oberhalb der tiefsten Stelle des Cavum nach dem rechten Horne hinüber, jedoch läßt sich die Diagnose „unicollis“ dadurch nicht beweisen. Eine Atresie schließt den als Cervix erscheinenden Kanal vollständig nach außen ab. Aus der Cervix wird ein Stück zur histologischen Untersuchung herausgeschnitten. Die 8 cm lange Tube erweitert sich nach dem adominalen Ende hin immer mehr bis zu über Taubeneigröße und ist daselbst mit Blut gefüllt. In die Tube ließ sich nach einigem Suchen eine dünne Sonde einführen, auf die eingeschnitten wurde und alsdann ein Stück zur Untersuchung herausgeschnitten. Unter der Tube, neben der Haematometra sich ausdehnend liegt eine etwas abgeflachte Haematocele, deren Messung 7 cm Höhen- und Queerdurchmesser und 3 cm Tiefendurchmesser

ergab. Die Wandstärke beträgt vorne an der dünnsten Stelle 2 mm und wird nach hinten immer dicker bis zu 1,5 cm. An drei Stellen wurden Stücke zur mikroskopischen Untersuchung entnommen. Ferner gelangten noch zur genaueren Untersuchung ein Stück aus dem unteren Cavum und ein Stück aus dem oberen Cavum der Haematometra.

Cervix(?): Ganz flaches Epithel, deutlich reichliche Gefäßentwickelung.

Unteres Cavum: Gut erhaltenes Cylinderepithel.

Oberes Cavum: Ebenfalls Cylinderepithel, die unter dem Epithel liegenden Schichten entzündlich, oberflächlich durchsetzt.

Uterines Tubenende: Gut erhaltenes Cylinderepithel, keine Entzündung.

Ab ominales Tubenende: Kein Epithel, starke Bindegewebsentwickelung, innere Schichten des Lumens ganz blutig durchsetzt.

Haematocele vordere Wand: Hyalin entartetes Bindegewebe, Epithel nicht vorhanden.

Haematocele, hintere Wand: Gleichfalls hyalin entartetes Bindegewebe, Gefäße etwas reichlicher entwickelt. Kein Epithel. Ein anderes Stück aus der Hinterwand zeigt ganz flaches Epithel, reichlich Bindegewebe, Cysten mit Resten seröser Flüssigkeit. Ein drittes Stück hat abgestoßenes Epithel und Bindegewebe mit Blutpigment durchsetzt.

Im Anschluß an diese Fälle dürfte die genauere Angabe einschlägiger Literatur als zweckmäßig erscheinen. Jedoch beschränkt sie sich hauptsächlich auf der Literatur der Haematometra. Zunächst folgen die Dissertationen der letzten Jahre.

Mendel Stolberg, Haematometra in cornu rudimentario uteri bicornis. Inaug. Dissert. Leipzig 1905. Er hat die bis dahin bekannt gewordenen Fälle, 41 an der Zahl, zusammengestellt und schließt daran einen

Fall aus der Leipziger Klinik. Aus diesen Fällen stellt er die Hauptsymptome der Haematometra, wie sie sich in der Anamnese und im objektiven Befund finden, zusammen, indem er dann auch gleichzeitig die Differenzialdiagnose berücksichtigt. Als Therapie kommt insbesondere die Exstirpation in Betracht und zwar durch die Laparotomie. Unter aseptischen Kautelen ist damit eine günstige Prognose für die Haematometra gegeben.

Wilhelm Langenkamp, Über die Aetiologie der Mißbildung der weiblichen Genitalorgane. Inaug. Dissert. Gießen 1905. Er bringt eine kurze Übersicht über die Theorien der Mißbildungen und beschreibt sodann 22 Fälle, von denen mehrere bei Uterus bicornis eine Haematocolpometra infolge Atresie der Vagina.

Johannes Siedhoff, Über einen Fall von Haematometra im verschlossenen Nebenhorne eines uterus bicornis unicollis. Inaug. Dissert. Marburg 1906. Die Patientin wurde September 1903 in die Klinik wegen Beschwerden infolge Verschluß der Scheide aufgenommen. Durch Incision, die im März 1904 erweitert wurde, waren die Beschwerden beseitigt, bis anfangs Mai die Periode starke Schmerzen hervorrief, die auf die im linken Horn sich entwickelnde Haematometra zurückzuführen waren. Die Operation ergab ein atretisches Horn mit Haematometra und Haematosalpinx. Die Frage, ob die Atresie des linken Hornes schon bei der Incision der Scheidenatresie bestanden habe, ist nicht angeschnitten.

Es folgen im Anschluß daran noch 24 Fälle aus der alten und neueren Litteratur.

Johannes Kaeseberg, Über einen Fall von Haematometra im rudimentären, atretischen Nebenhorn. Inaug. Dissert. Halle 1906. Die Beschreibung dieses Falles schließt auch eine mikroskopische

Untersuchung der Gewebe ein und schließt mit der Vergleichung der verschiedenen Theorien über seinen Fall.

Marie Kriegshaber, Über die Verdoppelung des weiblichen Genitalapparates und die damit zusammenhängenden Folgen. Inaug. Dissert. Zürich 1907/08. Eine Zusammenstellung von 19 Fällen aus der Züricher Klinik, die insofern hier von Interesse ist, als einige Fälle das Grenzgebiet der Haematometra im atretischen Nebenhorn, die Gravidität betreffen.

Sehr ausführliche Arbeiten über vorliegendes Thema sind ferner noch folgende:

R. Freund, Zur Gravidität und Haematometra des atretischen Nebenhornes. Archiv für Gynaekologie und Geburtshülfe 1906. Band 79. Seite 381—414.

Nach einem Bericht über eine Gravidität vom 3. Monat im atret. Nebenhorn, teilt er eine Haematometra im link. rudiment. atret. Horn eines Uterus unicollis mit. Am Schlusse seiner ausgedehnten Arbeit schreibt er: Bezüglich der Menstruation des atretischen rudimentären Hornes lehrt sein Fall, daß eine solche bei noch notdürftig angelegter Mucosa anstandslos erfolgen kann. Eine gewisse Resorptionsfähigkeit für das ausgeschiedene Menstrualblut läßt sich anatomisch beweisen. — Die Atresie des Nebenhornstiels und der Verschluß der Tube können Teilerscheinungen einer abgelaufenen ascendierten Infection sein. Die Häufigkeit der Adnexerkrankungen und Pelviperitonitiden bei uterinen Doppelmißbildungen spricht für die leichte Inficierbarkeit schlecht entwickelter Organe. So muß auch selbst bei Ausschluß einer ascendierten Infection, also bei Annahme einer kongenitalen Atresie, ein etwa gleichzeitig bestehender Tubenverschluß einer Infection vom Abdomen, in erster Linie Darmkeimen nach vorübergehender Compression zugeschrieben werden.

Fromme, Hymenalverschluß beim Neugeborenen. Vollkommene Atresie bei einem 7monatl. Foetus. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. 1906. Bd 54, Seite 482—503.

Er gewinnt daraus die Ansicht, daß die angeborene Atresie alsbald nach der Geburt erkannt werden müsse, da Uterus und Vagina weit ausgedehnt waren. Solche Zustände würden alsdann schon zur Operation zwingen. Später Erscheinungen machende Atresien müßten daher stets erworben sein.

Katz, Über Blutanhäufung bei doppelten Genitalien mit Verschluß einer Seite. Archiv für Gynaekologie und Geburtshülfe 1905. Bd. 74. S. 349—388.

Sternberg, Uterus bicornis septus und vagina subsepta mit Vaginalcyste. Centralbl. f. Gynaekologie und Geburtshülfe 1907. Bd. 31. Seite 1512—1513. Sectionsbefund bei einer 43jährigen Frau. Gleichzeitig fand sich Mangel der rechten Niere. Kurz vorher hatte er einen vollständig analogen Fall seciert.

v. Klein, Uterus unicornis dexter cum haematometra in cornu sinistro atretico. Zeitschrift für Geburtshilfe 1908. Bd. 63, Seite 177—182.

Bei dem gänzlichen Fehlen von Entzündungserscheinungen und den vollständig durchgehenden Muskelfasern in der Atresie hält er die congenitale Atresie für gegeben. Wegen Rupturgefahren und Infectionsmöglichkeit verlangt er nach der Diagnose Haematometra eine sofortige Operation.

Schubert, Über die Genese der Haematosalpinx bei Haematometra unilateralis. Zeitschr. für Geburtshülfe 1908. Bd. 62, Seite 248—281.

19jähr. Mädchen. Exstirpation des rechten Horns und der Tube; das rechte Ovar fehlte; das exstirpierte Horn ist atretisch. Schubert hält die vorliegende Atresie unbedingt für kongenital, da er es auf Grund seiner genauen mikroskopischen Untersuchungen als bewiesen glaubt.

Orthmann, Ein Fall von foetaler Peritonitis mit gleichzeitiger Mißbildung. Uterus duplex separatus; vagina duplex separata; Hydrometra et Hydrokolpos congenita; Atresia vaginae et ani. Monatsschr. für Gebh. u Gyn. 1907 Seite 302—319.

Hydrometra et Hydrokolpos bildeten ein Geburtshinderniß, sodaß bei dem abgestorbenen Foetus hinter dem Sternum mit der Scheere eingeschnitten und dann das Zwergfell perforiert wurde. Der Kopf war bereits mit der Zange entwickelt. 2—3 l Flüssigkeit wurden durch einen Katheder entleert und dann das Kind leicht extrahiert. Die Section ergab foetale Peritonitis und darauf begründet Orthmann die Atresie. Wochenbettverlauf ohne Besonderheiten.

Prochownik, Über einen Fall von frühzeitig operierter Haematometra und Haematosalpinx bei uterus bicornis unicollis. München. med. Wochenschrift 1904. Nr. 5. Seite 233.

Das Praeparat wurde 4 Monate nach der 1. Menstruation der Patientin von 15 Jahren gewonnen, nachdem sich erst 3 Tage vor der Operation die ersten Schmerzen eingestellt hatten. Leider konnte der weitere in Aussicht gestellte Bericht, der sich an den ersten ausführlichen Vortrag anschließen sollte, nicht folgen, da ein eigenartiges Geschick das Praeparat verloren gehen ließ. Wie mir Herr Dr. Prochownik in liebenswürdiger Weise mitteilte, hat die Patientin 1907 ohne Schwierigkeiten geboren und war seit der Operation stets gesund.

Außer den kurz beschriebenen Fällen die nun folgen sollen, seien dann auch noch einige Fälle aus der ausländischen Literatur erwähnt.

Lindner, Uterus bicornis mit atretischem Nebenhorn. Centralbl. für Gynaekologie 1904. Bd. 28. Seite 1408—1410. Gravidität. Ein zweiter Fall kurz erwähnt.

Schroeder, Ein rudimentäres atret. Nebenhorn des Uterus mit Haematosalpinx. Monalsschr. f. G. 1905. Bd. 22. Seite 435 und 436.

Wallace, Two cases of Gynatresia. North of England obstetr. soc. Nov. 20. Brit. med. journ Dez. 12. 1908. 14jährige Phthisica, die nach 14jähriger Menstruation eine Haematosalpinx am atretischen Horn eines Uterus duplex hatte. Der zweite Fall nicht hier von Interesse.

v. Elischer, Uterus duplex cum haematometra in cornu rudimentario dextro. Verein der Hospitalärzte in Budapest. Wiener klin. Wochenschrift 1908, Nr. 35. Da sein Fall eine virgo intactissima betrifft. hält er die Acquisition für ausgeschlossen.

Cova, Idrometra nel corno rudimentario di utero bicorne con idrosalpinge. La Ginekologia. Anno 3. 1906. pag. 71—82.

Mills, A compli cated case of uterus bicornis. Britisch. medic. Journal 1907. Nov. 30. Rechtsseitige Haematometra mit normalen Adnexen.

v. Tussenbroek, Pyometra im link. rudimentären Nebenhorn einer virgo. Ned. gyn. Ges. 16. Dez. 1906. Als Ursache ist eine Influenza für wahrscheinlich anzunehmen.

Mannheimer, Ete fall af dubbelmißbilding af uterus. Uterus dupplex bicornis cum Haematocolpometra et Haematosalpinge. Hygiea 1906. April. cf. Jahresber. für G. 1907. Bd. 20. pag. 181.

Lockeyer, Uterus unicornis with haematometra and haematosalpinx. Journ. of. obst. a. gyn. of the Br. Emp May 1908. Das Praeparat stammt von einem 20jähr. Mädchen und zeigt auffallend starke Schleimhaut-Entwickelung.

Dujon, Deux cas de malformation genitale. La presse med. 26. Octobre 1907. Uterus duplex cum Haematometra cornu alterius. 2. Fall hier nicht von Interesse.

Guerdjikoff, Uterus didelphys mit seitlicher Haematometra. Revue de méd. de la Suisse. Rom Janvier 1907. cf. Deutsche Medicinalztg. Nr. 52 1907. Das Praeparat stammt von einer Frau, die eine Zwillingsschwangerschaft durchgemacht hatte.

---

Übersieht man die Ergebnisse der heutigen Litteratur, so kommt man in erster Linie zur Überzeugung, daß über die Genese der Atresie ganz entgegengesetzte Ansichten bestehen, cf. Fromme und v. Klein mit Schubert. Jedenfalls steht fest, daß es intrauterin entstandene Atresien giebt. Daß extrauterine Entzündungen eine Atresie herbeiführen können, ist nicht zu bezweifeln und so wäre auch bei dem ersten Haematometrafalle B. M. aus E. in absehbarer Zeit vielleicht eine Atresie zustande gekommen, zumal ja eine starke Stenose der Cervix vorlag. Der Fall lehrt aber auch, daß die Atresie bei nicht genauer Untersuchung vorgetäuscht werden kann. Das Fehlen der rechten Niere ist eine häufig beobachtete Tatsache und erinnere ich an den Fall von Sternberg, indem ich auch gleichzeitig auf die Zusammenstellung von Arnold Paltauf hinweise.

In dem zweiten Haematometrafalle B. M. aus M. spricht die Durchgängigkeit der Tube und die große ausgestülpte Haematosalpinx für die Refluxtheorie. Die Vermutung, daß das nicht auffindbare linke Ovarium in der dicken schwartigen Verwachsung der Hinterwand der Haematocele der Tube liegen sollte, widerlegte die mikroskopische Untersuchung. Daher durfte man wohl annehmen, daß das linke Ovarium fehlte; damit ergäb sich ein Analogon zu dem Fall Schubert.

Für die Therapie hat sich die Exstirpation des einen Hornes oder unter zwingendlen Umständen des ganzen Uterus und zwar unter Eröffnung der Bauch-

höhle als die beste bewiesen. Bei der Abtragung des einen Hornes kann die Uterina, die, wie Hegar und andere gefunden haben, im Nebenhornstiel verläuft, heftige Blutung hervorrufen. Die Exstirpation per vaginam ist erfahrungsgemäß deshalb nicht angebracht, weil die starken Zerrungen eine Ruptur verursachen können, was bei einer etwa vorliegenden Keimhaltigkeit der Haematometra eine infauste Prognose bedingen würde. Aus demselben Grunde sind auch die forcierteren Untersuchungsmanipulationen unbedingt zu vermeiden.

Die Prognose der Haematometra ist bei antiseptischen Operationsverlauf wohl unbedingt als günstig zu bezeichnen und daher kann die Prognose, die vor der Operation bei der Diagnose „maligne Neubildung“ sehr infaust war, nach derselben in eine um so bessere sich umwandeln.

---

Herrn Prof. Dr. Seitz sei auch hier für die Überlassung der Praeparate und seine mir erteilten Ratschläge mein verbindlichster Dank ausgesprochen.

---

# Litteraturangabe.

Ausser der vorerwähnten Litteratur wurde noch folgende benutzt:


Kussmaul, Von dem Mangel etc. der Gebärmutter. 1859.

Veit, Handbuch der Gynaekologie. 4. Bd. 2. Hälfte. 1909.

Küstner, Lehrbuch der Gynaekologie. 1908. 3. Aufl.

E. Kehrer, Das Nebenhorn des doppelten Uterus. Heidelberg. 1899.

O. Hertwig, Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen und der Wirbeltiere. 8. Aufl. 1906.

Landois-Rosemann, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 1905.

Knotz, Ein Fall von Doppelbildung des weiblichen Genitale. Wiener klin. Wochenschr. 1906. Nr. 9. pag. 247.

# Lebenslauf.

Robert Wessing, geb. 1. Februar 1884 zu Dülmen in Preußen, Sohn des Rentmeisters Wilhelm Wessing und seiner Ehefrau Johanna geb. Lütteken besuchte die Elementarschule zu Buldern, alsdann die Rektoratschule zu Dülmen, das Gymnasium zu Emmerich und zuletzt das Gymnasium zu Coesfeld, wo er 1905 das Zeugnis der Reife erhielt. Darauf studierte er Medizin an folgenden Universitäten: Münster (1 Sem.), Kiel (1 Sem.), Marburg (1 Sem.), Münster (2 Sem.) und bestand in Münster am Ende seines 5. Semesters die ärztliche Vorprüfung am 27. Februar 1908. Darauf ging er zu den Universitäten München (1 Sem.) Berlin (1 Sem.) und Erlangen (3 Sem.). Nach einem Studium von 10 Semestern beendete er am 10. Dezember 1910 sein medizinisches Staatsexamen.